**Příloha**

**ke Smlouvě o výkonu praxe studentů ze dne 28. 12. 2015**

Smlouva o výkonu praxe studentů se vztahuje na studenty *Ústavu zdravotnických věd,*  
bakalářského studijního programu .

**Praktické vyučování – název předmětu:**

**Ročník:**

**Termín:**

**Níže uvedení studenti svým podpisem prohlašují, že byli seznámeni s podmínkami výkonu praxe. Současně vzali na vědomí, že jejich osobní údaje v této příloze uvedené budou využity Kroměřížskou nemocnicí a.s. v rámci kontrolních a bezpečnostních opatření, dále pro plnění podmínek Smlouvy   
o výkonu praxe studentů, k níž se tato příloha vztahuje a s níž byli studenti seznámeni, a v rámci evidenčních a administrativních úkonů, tak jak to i zákon umožňuje, a to vše po dobu minimálně trvání praxe studentů na pracovištích Kroměřížské nemocnice a.s., není-li jednotlivými právními předpisy stanovena doba delší.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Osobní číslo** | **Jméno a příjmení studenta** | **Kontakt (univerzitní e-mail):** | **Podpis** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Pracoviště:**

**Jméno, příjmení a kontakt na osobu, pod jejímž dohledem student pracuje:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Datum** |  | **Razítko a podpis odpovědného zástupce UTB** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Datum** |  | **Razítko a podpis odpovědného zástupce zařízení** |